附件2 杭州市长河高级中学“宏志班”报名表

 区、县（市）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系电话 |  | 家庭人口 |  | 本人健康状况 |  |
| 申请人身份证号 |  | 中考报名序号（或准考证号） |  |
| 户口所在地地址 |  |
| 实际居住地地址 |  |
|  共同生活家庭成员情况 | 与申请人关系 | 姓名 | 性别 | 文化程度 | 出生年月 | 工作（生产、学习）单位 | 月收入（元） | 身体状况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭成员重大疾病情况说明 | 姓 名 | 疾病种类 | 申请当月前一年内医药费支出总额（元） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 申请理由 | 申请当月前连续一年家庭收入情况（单位：元） | 住房情况 | 申请当月前连续一年重大支出（单位：元） |
| 家庭收入总和 | 人均月收入 | 住房性质 | 建筑面积 | 学费 | 医疗费 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  申请人签名（按印）： 年 月 日 |
|  社区/村居委会调查核实意见 | 当地城乡居民最低生活保障标准 元，符合以下条件的在囗内打“√”囗 低收入农户（农村低保家庭、低保边缘户家庭和特困人员）；囗 家庭持有效期内当地低保证（或本人持有效期内当地残疾人基本生活保障证）；囗 家庭持有效期内所在区县（市）民政部门发放的低保边缘户证（或家庭成员患大病重病，家庭年总收入除去其申请当月前连续一年支付的医疗费后，人均年收入在当地低保线200%以内）；囗 特困人员； 审批人签名： （公章） 年 月 日 |
|  街道办事处/乡镇人民政府审核意见 |  审批人签名: （公章） 年 月 日 |
| 初中学校审核意见 | 审批人签名： （公章） 年 月 日 | 区、县（市)教育局审核意见 | 审批人签名： （公章） 年 月 日 |
| 区、县（市）民政局审核 意见 | 审批人签名： （公章） 年 月 日 | 杭州市长河高级中学审核意见 | 审批人签名： （公章） 年 月 日 |
| 杭州市民政局审核 意见 | 审批人签名： （公章） 年 月 日 |  杭州市教育局审核意见  | 审批人签名： （公章） 年 月 日 |
| 备注 | 申请时须如实填写此表，并附以下资料：1.学生及家长身份证、户口簿复印件；2.低收入农户：家庭低收入情况证明原件、父母务工收入证明原件；3.持证家庭：有效期内当地低保证复印件；或本人持有效期内当地残疾人基本生活保障证复印件；或有效期内所在区县（市）民政部门发放的低保边缘户证复印件；或特困证复印件。4..未纳入最低生活保障范围的家庭：家庭困难情况证明原件、父母务工收入证明原件、医院出具的疾病诊断证明复印件、医疗发票复印件。 |